# Arrêt des TMFV – Audit système

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATEAAAA/MM/JJ | NOM DE L’HÔPITAL | UNITÉ |

L’audit du système a pour but de rehausser la qualité du processus d’arrêt des traitements de maintien des fonctions vitales (TMFV) dans les unités de soins spéciaux où des dispositifs de soutien vital sont employés : unités de soins intensifs (généraux ou spécialisés), unités de soins coronariens, services de soins de gravité élevée, unités de soins intermédiaires, etc. Veuillez noter que cela s’applique au processus **clinique** de l’arrêt des TMFV et NON au processus décisionnel qui le précède.

Chaque unité doit préciser si elle s’est dotée des pratiques exemplaires suivantes avant de procéder à l’arrêt des TMFV pour un patient. Vous pouvez entrer des commentaires dans la case *Commentaires*. **Veuillez donner des précisions pour chaque réponse négative.** Les éléments suivants s’appuient sur les lignes directrices de la Société canadienne de soins intensifs sur l’arrêt des traitements de maintien des fonctions vitales.

*Le formulaire doit être rempli par le médecin et le responsable administratif de l’unité, en consultation avec le personnel de première ligne.*

**Politique et procédure — Information de base**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Politique et procédure** | **Oui** | **Non** | **Commentaires** |
| L’établissement dispose-t-il d’une politique particulière sur l’arrêt des TMFV? |  |  |  |
| La politique fait-elle référence aux lignes directrices de la SCSI sur l’arrêt des TMFV? |  |  |  |
| L’établissement a-t-il un comité sur le don d’organes et de tissus? |  |  |  |
| Le comité a-t-il examiné les lignes directrices de la SCSI sur l’arrêt des TMFV et la politique locale, s’il en existe une? |  |  |  |
| L’établissement effectue-t-il un examen régulier ou un audit des cas d’arrêt des TMFV?Si oui, y a-t-il un outil d’audit des cas? |  |  |  |
| Y a-t-il un processus en place pour évaluer les résultats de l’audit et les communiquer à intervalles prédéfinis? * une personne chargée de mener les audits?
* une personne chargée de l’analyse et de la rétroaction?
* une personne chargée de prendre les mesures nécessaires selon les résultats?
 |  |  |  |
| Existe-t-il un processus pour établir un plan de soins interprofessionnel pour chaque patient en matière d’arrêt des TMFV? (par ex., un caucus obligatoire pour discuter des responsabilités de chacun) |  |  |  |
| Offre-t-on régulièrement des séances de formation sur le rôle du personnel en matière d’arrêt des TMFV à l’intention:* des médecins?
* des infirmières?
* des inhalothérapeutes?

*Veuillez cocher Oui ou Non pour chaque professionnel et indiquer la fréquence dans les commentaires.*  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
| **Notes :** *(Tout élément manquant doit être indiqué dans la section Mesures à prendre à la fin de la présente annexe.)* |

**Préparation de l’arrêt des TMFV**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Préparation de l’arrêt des TMFV** | **Oui** | **Non** | **Commentaires** |
| L’unité peut-elle offrir une chambre individuelle aux patients en fin de vie?*Si oui, précisez la fréquence (par ex., toujours, habituellement, parfois).* |  |  |  |
| A-t-on une pièce distincte où les membres de la famille peuvent se rassembler, surtout si leur proche est en fin de vie?*Si oui, précisez la fréquence (par ex., toujours, habituellement, parfois).*  |  |  |  |
| Dispose-t-on d’outils dans le milieu (par ex., une affiche) indiquant de manière discrète qu’une procédure d’arrêt des TMFV est en cours (libéraliser les visites, etc.)? |  |  |  |
| Offre-t-on un soutien aux familles pour les aider à gérer leur chagrin?*Si oui, veuillez indiquer qui offre ce service.*  |  |  |  |
| Les familles sont-elles bienvenues au moment de l’arrêt des TMFV et peuvent-elles participer aux soins du patient avant, pendant et après la procédure? |  |  |  |
| Dans les cas difficiles ou compliqués, les professionnels sont encouragés à chercher des conseils et du soutien auprès de leurs collègues.  |  |  |  |
| **Notes:** *(Tout élément manquant doit être indiqué dans la section Mesures à prendre à la fin de la présente annexe.)* |

**Évaluation de la détresse pendant l’arrêt des TMFV**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Évaluation de la détresse pendant l’arrêt des TMFV** | **Oui** | **Non** | **Commentaires** |
| Y a-t-il un outil de documentation particulier pour consigner la nature et le traitement des symptômes pendant l’arrêt des TMFV?  |  |  |  |
| Cet outil contient-il des échelles d’évaluation ou d’autres mesures objectives uniformisées permettant d’évaluer les aspects suivants : * la douleur?
* la détresse respiratoire?
* l’agitation?
* le délirium?

*Veuillez cocher Oui ou Non pour chacun des éléments.*  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Donne-t-on de la formation au personnel sur la façon d’aider les familles à évaluer les symptômes en fin de vie?  |  |  |  |
| **Notes:** *(Tout élément manquant doit être indiqué dans la section Mesures à prendre à la fin de la présente annexe.)* |

**Interruption des traitements et de la surveillance**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L’unité dispose-t-elle des éléments suivants?** | **Oui** | **Non** | **Commentaires** |
| Ligne directrice ou protocole clinique pour l’arrêt des TMFV(procédure par étape) |  |  |  |
| Liste de contrôle pour soutenir le processus d’arrêt des TMFV en temps réel pour chaque patient |  |  |  |
| Recueil de directives normalisées préimprimées pour l’arrêt des TMFV |  |  |  |
| Matériel de formation destiné au personnel sur le processus d’arrêt des TMFV |  |  |  |
| Matériel de formation destiné à la famille sur le processus d’arrêt des TMFV |  |  |  |
| Outils de documentation sur le processus d’arrêt des TMFV |  |  |  |
| **Notes:** *(Tout élément manquant doit être indiqué dans la section Mesures à prendre à la fin de la présente annexe.)* |

**Après l’arrêt des TMFV et le décès du patient**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Les éléments suivants sont-ils prévus?** | **Oui** | **Non** | **Commentaires** |
| Documentation sur le deuil destinée à la famille |  |  |  |
| Sondage sur la satisfaction de la famille à l’égard du processus d’arrêt des TMFV *Si oui :* * *à quelle fréquence est-il effectué?*
* *qui envoie le sondage?*
* *qui analyse les résultats du sondage?*
 |  |  |  |
| Processus de débreffage de l’équipe après l’arrêt des TMFV*Si oui :* * *s’agit-il d’un processus formel?*
* *qui décide de la nécessité du débreffage?*
* *qui mène la séance de débreffage?*
 |  |  |  |
| **Notes:** *(Tout élément manquant doit être indiqué dans la section Mesures à prendre à la fin de la présente annexe.)* |

**Mesures à prendre pour faire suite à l’audit du système et responsabilité**

|  |  |
| --- | --- |
| **MESURE À PRENDRE** | **RESPONSABILITÉ** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FAIT PAR | DATEAAAA/MM/JJ | HEURE: |

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

L’outil d’audit du système a facilité la discussion :  Oui  Non

L’outil doit être revu :  Non  Oui – Commentaires fournis à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Un nouvel audit du système sera mené dans l’unité dans \_\_\_\_\_ mois (suggestion : 12)